



**Metropolitana**  
CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

**DEVOLVER CONFIRMACION AL**  
**FAX No.** \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACION Y CONFIRMACION DE BENEFICIO

### Estudios Especializados, Cirugías y Hospitalizaciones Electivas

#### CONFIRMACION SERA DEVUELTA EN UN PERIODO DE 48 HORAS

FAVOR COMPLETAR FORMULARIO EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE

|                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                                                                      |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Nombre del Asegurado:                                                                                                                                                                                                                                 |                               | No. de Cédula / Certificado:                                                         |                      |
| Lugar de Trabajo:                                                                                                                                                                                                                                     |                               | No. de Póliza:                                                                       |                      |
| Teléfonos:                                                                                                                                                                                                                                            | Oficina: <input type="text"/> | Residencia:                                                                          | <input type="text"/> |
| Nombre del Paciente:                                                                                                                                                                                                                                  |                               | No. de Cédula:                                                                       |                      |
| Parentesco:                                                                                                                                                                                                                                           |                               | Edad _____ Sexo: <b>F</b> <input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> |                      |
| <i>Autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren información adjuntando copias completas de la historia clínica de sus archivos.</i> |                               |                                                                                      |                      |
| FIRMA DEL ASEGURADO:                                                                                                                                                                                                                                  |                               | FECHA:                                                                               |                      |

#### SECCION PARA SER COMPLETADA POR MEDICO TRATANTE Y/O HOSPITAL

|                                             |                                                                                                                                                               |                                                                                                  |                                                             |                             |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Diagnóstico de Padecimiento Actual:         |                                                                                                                                                               | <input type="text"/>                                                                             | Código de Diagnóstico ICD-10                                | Fecha de Primeros Síntomas: |
| Breve Historia de Condición del Paciente:   |                                                                                                                                                               | Resultados de Laboratorios u Otros Exámenes Efectuados<br><i>(Adjuntar con solicitud).</i>       |                                                             |                             |
|                                             |                                                                                                                                                               | Procedimientos, Estudios o Tratamientos a Efectuarse:<br>Código CPT / Nombre<br>•<br>•<br>•<br>• |                                                             |                             |
| HONORARIOS MEDICOS:<br><input type="text"/> | Ambulatorio: <input type="checkbox"/><br>Hospitalización: <input type="checkbox"/><br>Efectiva:<br>SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> | Nombre de Hospital o Clínica:                                                                    |                                                             |                             |
|                                             |                                                                                                                                                               | Días de Reclusión Requeridos:                                                                    | Fecha Sugerida de Ingreso:<br>Día _____ Mes _____ Año _____ |                             |
| FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE           |                                                                                                                                                               | FIRMA Y SELLO DEL HOSPITAL                                                                       |                                                             |                             |
| Fecha: _____                                |                                                                                                                                                               | Fecha: _____                                                                                     |                                                             |                             |